

מנהל רפואה	זחליל / עולה מדרגות	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 דצמבר 2014

נספח מספר 2 בנוהל אישור מכשירי שיקום וניידות - טופס המלצה (קווים מנחים) לגורם הממליץ בקהילה

טופס מספר - 2.6

המלצה לזחליל/ עולה מדרגות

תאריך ביקור הבית: _____ תאריך: _____
 לשכת בריאות: _____ קופ"ח מבטחת: _____

לתשומת לבך: נא למלא את כל הסעיפים הרשומים מטה.
 בהמלצות עבור מכשירי ניידות לילדים, נדרשות חתימות של שני אנשי מקצוע בעלי הרשאה (פיזיותרפיסט/ית ומרפא/ה בעיסוק).

פרטי הפונה:

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	שנת לידה
רחוב	מספר בית	ישוב	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה
טלפון	טלפון נוסף	איש קשר נוסף	<input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה
פקס	מייל		<input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה

עם מי גר בבית: _____ מטפל: _____ לא כן
 מספר שעות ביום: _____

אבחנה: _____
 תאר כיצד נייד היום ומהי מידת העצמאות: _____

האם קיים כיסא גלגלים ממשרד הבריאות: _____ לא כן אחר
 גלגלים נשלפים: _____ לא כן טילט (T.I.S) _____ לא כן גב הטיה (RECLINE): _____ לא כן אחר: _____

מקום מגורים: _____ בית דירות, קומת מגורים _____ בית קרקע
 תנאי הגישה לבית: _____ רמפה מעלית מדרגות _____
 מדרגות בגישה לבית: מספר מדרגות _____ רוחב _____ אורך _____ גובה _____
 תאר: _____

תאור חדר המדרגות: מספר מדרגות _____ רוחב _____ אורך _____ גובה _____
 פודסט: רוחב _____ אורך _____
 פנים הבית: מספר מדרגות _____ רוחב _____ אורך _____ גובה _____
 תאר: _____

האם נבדקו חלופות: _____ מעלון מעלית אחר: _____ לא נבדקו
 אם כן- מדוע הפתרון שנבדק אינו בר יישום _____

האם נבדקה אפשרות למעבר דירה: _____ לא כן

מנהל רפואה	זחליל / עולה מדרגות	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 דצמבר 2014

פרט: _____

שם הפונה: _____

האם הייתה התנסות עם זחליל/עולה מדרגות לא כן-פרט: _____

מי אמור להפעיל את המכשיר? _____

מה מטרת השימוש במכשיר? (אורח חיים, תדירות יציאה מהבית): _____

הערות: _____

פרטי הממליץ

שם פרטי	שם משפחה	תפקיד	פקס
טלפון	טלפון נוסף	מקום עבודה	מייל

חתימה וחותמת: _____